

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LAS CLÍNICAS DENTALES

CENTRO:

NICA:

INSPECTOR ACTUANTE:

FECHA:

NOTA: Si el titular es una franquicia, se pondrá el nombre de la misma y el nombre del Director Técnico.

1.- CARTERA DE SERVICIOS, PERSONAL Y ACTIVIDAD DEL CENTRO.

Cartera de servicios.

Cartera de Servicios	Oferta	
	SI	NO
Exodoncia de terceros molares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodoncia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía protésica y/o reconstrucción alveolar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía periapical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía periodontal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantología.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes de tejido óseo (U.96).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedación intravenosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedación con óxido nitroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plasma rico en plaquetas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa atención bucodental infantil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personal.

	Número
Número de odontólogos/estomatólogos/cirujanos maxilofaciales estables que realizan actividad en el Centro.	

	Número
Número de odontólogos/estomatólogos/cirujanos maxilofaciales ocasionales que realizan actividad en el Centro y actividad que realizan.	

	SI	NO	N/A
• Implantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ortodoncias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cirugía Oral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:			

Actividad del Centro.

Relación de actividades del año 2017	Número
Número de pacientes a los que se les han realizado implantes.	
Número de pacientes a los que se les ha realizado extracciones cordales.	
Número de pacientes sometidos a tratamientos de ortodoncias.	
Número de pacientes a los que se le ha aplicado sedación con óxido nitroso.	
Número total de asistencias realizadas a pacientes adultos.	
Número total de asistencias prestadas a población infantil (≤ 14 años).	

2.- DOCUMENTACIÓN.

	SI	NO
Se utiliza el modelo oficial de receta privada que viene recogido en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:		

3.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Centro debe garantizar la seguridad del paciente desarrollando actuaciones que la incrementen, con el propósito de eliminar el daño evitable del paciente durante su atención.

3.1.- SEGURIDAD DEL PACIENTE POR ÁREAS DE RIESGO.

Área de errores en documentos clínicos, en la información y en la derivación de pacientes.

Comprobación en 10 Historias Clínicas *
(Responder SI / NO / NA)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figuran los antecedentes clínicos del paciente.										
Se ha cumplimentado la existencia o no de alergias a medicamentos.										
Se ha cumplimentado la toma de otros fármacos.										
En caso de tratarse de una mujer en edad fértil, se registra la posibilidad de estar embarazada o en periodo de lactancia.										
Se registra el medicamento prescrito por el profesional , su posología y la duración del tratamiento.										
Están presente los consentimientos informados (si procede).										
Se anota el procedimiento empleado en la asistencia.										
Se anota el profesional que realiza el procedimiento (si procede).										
Se emite un informe de alta del proceso quirúrgico.										
En caso de realizar implantes:										
<ul style="list-style-type: none"> ○ El implantólogo realiza un informe quirúrgico/asistencia por cada intervención recogiendo los implantes realizados. 										
<ul style="list-style-type: none"> ○ Una vez colocada la/s prótesis sobre implante/s, se emite un informe "fin de proceso", que contiene los aspectos asistenciales fundamentales y los datos que permitan la identificación inequívoca de los implantes y de las prótesis. 										
<ul style="list-style-type: none"> ○ Está incluida la información relativa a la identidad del implante dental (pegatina). 										
Si se emplea sedación con óxido nitroso queda constancia de:										
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los medicamentos utilizados y dosis: % de óxido nitroso y de oxígeno. 										
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hora de inicio y finalización de la sedación. 										
<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación, fecha y firma de los responsables de la intervención y de la sedación. 										
OBSERVACIONES: * Se solicitarán 10 historia clínicas, 5 de odontología general (de las cuales 2 deben de ser pacientes infantiles), 3 de implantes y 2 de extracción de cordales. En el supuesto de emplear sedación con óxido nitroso se deberán solicitar 3 historias clínicas, de entre las 10 seleccionadas, en las que se emplee esta técnica. En el caso de no realizar implantes, se sustituirán por historias de odontología general.										

Área de prescripción y profilaxis antibiótica

El Consejo Oficial de Colegios de Dentistas de Andalucía ha firmado un convenio de colaboración con la Consejería de Salud, el convenio **PIRASOA**, para extender el programa a todos sus colegiados. En la guía de referencia del programa PIRASOA para los tratamientos antibióticos en infecciones extrahospitalaria, figura un capítulo titulado "Tratamiento de infecciones bucales y odontógenas".

Para conocer la situación actual del uso de los antibióticos en las consultas dentales, solicitamos la cumplimentación por parte del odontólogo de la siguiente tabla: informe sobre el tipo de tratamiento antibiótico, la pauta y la duración respecto de una serie de procesos que a continuación se detallan, **no siendo obligatorio el uso de los mismos en todos los casos.**

Procesos	¿Está indicado tratamiento antibiótico?	Antibiótico de elección	Pauta y duración del tratamiento
1. Pulpitis SIN signos de infección			
2. Pulpitis CON signos de infección			
3. Absceso periapical SIN signos de infección			
4. Absceso periapical CON signos de infección			
5. Periodontitis y gingivitis ulcerativa necrotizantes			
6. Periodontitis crónica			
7. Absceso periodontal SIN manifestaciones sistémicas de infección			
8. Absceso periodontal CON manifestaciones sistémicas de infección			
9. Pericoronaritis			
10. Periimplantitis			
11. Profilaxis antibiótica antes de realizar un implante			

Área de problemas quirúrgicos.

	SI	NO
Dispone de un protocolo preoperatorio para el tratamiento de pacientes que toman anticoagulantes orales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilita información escrita con instrucciones postoperatoria que refleja claramente qué hacer o a dónde ir si surge una complicación en el domicilio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

3.2. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.

El centro identifica actuaciones o procesos que suponen **riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria**, e incorpora procedimientos y recomendaciones dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.

El Centro garantiza la limpieza, desinfección y **esterilización** de todo material sanitario o instrumental no desechable antes de su uso en un paciente, empleando sistemas eficaces y adaptados a las características de cada material.

En caso afirmativo, deberá:

	SI	NO
• Disponer de Protocolo de esterilización del material reutilizable , que garantiza un triple sistema de validación mediante controles físicos, químicos y biológicos. El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos utilizados, el listado de elementos a limpiar y esterilizar, la periodicidad, el sistema de registro de la actividad, las responsabilidades del personal, las indicaciones y las actuaciones ³ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponer de autoclave a vapor dotada de controles de tiempo, de temperatura de y presión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Realizar y registrar los controles físicos (tiempo, temperatura y presión) en cada carga (gráfica-registro digital).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Realizar y registrar los controles químicos en todos los ciclos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Realizar y registrar los controles biológicos que cuenta con la fecha, registro de nº de carga, resultado de la lectura, operario. Al menos una vez a la semana, y en todo caso, tras cada reparación del autoclave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Constar la fecha de esterilización y de caducidad en el embolsado del material esterilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponer de protocolos de desinfección del sistema de aspiración y de limpieza del gabinete dental entre paciente y paciente y al terminar la jornada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponer de protocolos escritos sobre desinfección/esterilización de las prótesis dentales, pruebas de las mismas, aparatos de ortodoncia y cubetas de impresión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:		

Comprobación de una limpieza manual.

	SI	NO	N/A
<ul style="list-style-type: none"> Se comprobara el tipo de guantes empleados en la limpieza manual del material (tienen que utilizarse guantes de uso domestico y no de látex). También si se emplean máscaras y gafas de protección. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Comprobar cómo se prepara el agua con detergente a concentración y temperatura adecuada, (para la concentración se seguirán las recomendaciones del fabricante y la temperatura no debe sobrepasar los 45º) (1) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Comprobar cómo se ha realizado el secado después de haber realizado la limpieza (las superficies externas debe realizarse con paños de papel o textil absorbentes que no desprendan residuos). 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Comprobar, una vez empaquetado el material, que se identifica la fecha de esterilización con rotulador blando en la cara plástica de la bolsa o fuera del termosellado en la cara de papel. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Se esteriliza el motor de implante entre paciente y paciente. Se registra. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:			
1) El agua para la limpieza manual debe estar tibia, ya que el agua caliente favorece la coagulación de las proteínas y el agua fría solidifica a los lípidos presentes en los contaminantes. Esto dificultaría la limpieza, por lo que no deben ser utilizadas.			

3.3.- USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS.

El Centro fomenta el **uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios** por los profesionales, a fin de evitar posibles problemas relacionados con el mismo.

	SI	NO
Evaluar si el centro dispone de un procedimiento de control de la caducidad y condiciones (de acceso, ubicación, de conservación, temperatura, cantidades, etc.) de los medicamentos y productos utilizados y/o almacenados (material fungible, medicamentos, prótesis, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:		

Garantías sanitarias de los productos sanitarios.

	SI	NO
A) <i>Se utilizan implantes:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> El implante dental dispone de la declaración de conformidad del fabricante. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Al usuario se le facilita algún tipo de información sobre el implante. Describirla. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
B) Se prescriben prótesis dentales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Figura la declaración de conformidad del protésico dental. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Dispone el dentista de una copia de la licencia de fabricación del protésico dental que le suministra las prótesis. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: La declaración comprenderá las indicaciones siguientes: El nombre y la dirección del fabricante, los datos que permitan identificar al producto en cuestión, la afirmación de que el producto se destina a ser utilizado exclusivamente por un paciente determinado, y el nombre de dicho paciente, un acrónimo o un código numérico, el nombre del médico o de la persona autorizada que haya hecho la prescripción correspondiente y, en su caso, el nombre del centro sanitario, las características específicas del producto indicadas en la prescripción, la declaración de que el producto en cuestión se ajusta a los requisitos esenciales enunciados en el anexo I del Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre y, en su caso, la indicación de los requisitos esenciales que no se hayan cumplido completamente, indicando los motivos.		

FIRMA DEL TITULAR DEL CENTRO,

INSPECCIÓN PROVINCIAL DE S.S.